

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ.

Горин
Орган медицинских обществ г. Казани.

Выходит под редакцией
проф. В. С. Груздева и д-ра В. И. Горданского.

ТОМ XVIII.

1922 г.

№ 3.

КАЗАНЬ.

Из Института Оперативной Хирургии Казанского Университета.

Новый способ временной частичной остеопластической резекции нижней челюсти для удаления рака языка.

(Сообщено в Обществе Врачей при Каз. Университете и в научном совещании врачей Клинического Института в 1921 г.).

(Анатомо-Хирургический этюд).

Проф. П. М. Красина.

С 2 рис.

Широкий доступ в полость рта необходим хирургам, главным образом, для оперативного лечения рака языка с локализацией новообразования в задних отделах последнего, особенно же при переходе рака на слизистую оболочку дна полости рта или на агглютационную складку.

Обращаясь к истории оперативного лечения рака языка, интересно отметить главные этапы развития учения об операциях на языке по поводу рака.

Petrus de Marchetti, профессор хирургии Падуанского Университета, впервые в 1664 году удалил пораженный раком язык через естественное отверстие рта (Woelfler). Этот естественный доступ к языку и до сих пор служит отличным путем для операций в передне-боковых отделах языка, особенно с помощью реtractorов или зеркал Whitehead'a, при одновременном подерезывании уздечки языка и проведении сквозь толщу последнего арпечкой нити для вытягивания его наружу. Однако уже в 1831 году Jaeger и Haufelder, не довольствуясь ротовым отверстием, с целью выигрыша пространства стали производить одностороннее поперечное расщепление щеки от угла рта к переднему краю м. masseteris ниже Stepan'ова протока.

Вскоре затем Maisonneuve стал применять двухсторонний разрез щеки, а в 1836 году Roux впервые произвел поперечный распил нижней челюсти через срединный разрез нижней губы и тем положил начало так называемой временной линейной резекции нижней челюсти.

Примеру Коуа последовали *Sédillot*, *Syng* и *Billroth*. При этом, в виду незначительности расхождения перпендикулярных половин нижней челюсти вследствие малой податливости ее, *Billroth* являясь идее создать более широкий доступ к языку путем временной остеопластической резекции нижней челюсти через разрез мягких тканей и имплевации четырехугольного куска кости во всю ее толщину, ограниченного двумя поперечными распилами. Подобную операцию *Billroth* первоначально сделал на левой стороне, от клыка до большого коренного зуба. Выпиленный кусок по идее автора, должен был оставаться снизу в связи с мягкими частями, вкладываться обратно на свое место и фиксироваться проволочными швами. В виду того, однако, что этот способ наносит слишком большую травму источенным раком больным и потому является слишком опасным, он в настоящее время и не применяется хирургами.

В 1876 году *Langenbeck*, воспользовавшись идеей Коуа-*Sédillot*, произвел через отнесный разрез мягких частей от угла рта вниз поперечный боковой разпил нижней челюсти и таким образом создал способ, впоследствии усовершенствованный, главным образом, *Bergmann*ом.

Способ *Langenbeck-Bergmann*'а общеизвестен и пользуется заслуженной репутацией и широким распространением. Для более надежной фиксации спиленных поверхностей кости были предложены особые распилы челюсти, также общеизвестные (по *Langenbeck*'у, *Kocher*'у, *Mikulicz*'у).

В начале восьмидесятых годов прошлого столетия появилась превосходный способ иссечения языка, принадлежавший *Kocher*'у и известный под названием "*Methode der Zungenexstirpation von der Zungenbasis aus*". Первоначально способ этот состоял в образовании лоскута в *regio suprathyroidea*, причем путь к языку шел через дно полости рта сбоку. В дальнейшем *Kocher* добавил к этому лоскутному разрезу поперечное парамедиальное распиливание нижней челюсти с оттягиванием крыловидной мышцы, с целью создания более широкого доступа к задним отделам языка. Способ этот также пользуется известностью у современных хирургов.

Для истории настоящего очерка следует еще упомянуть старейший, в настоящее время почти забытый способ *Verguenil*'а с углообразным разрезом по краю *mandibulae*, причем после пережатия лицевых сосудов (артерия и вена) удаляются лимфатические узлы, а также подчелюстная слюнная железа, и пересекаются

мышцы дна полости рта (*m. mylo-hyoideus* и *m. digastricus*) и другие мягкие части до слизистой оболочки рта включительно. Способ этот дает ограниченный доступ к языку.

Из более современных способов необходимо упомянуть про способ Крюклевича, видоизмененный проф. Орловым. Крюклевич проводит дугообразный разрез от угла рта вниз на значную глубину, поворачивает его назад и вниз, проходит над рожком подзачной кости и заканчивает разрез у заднего края processes mastoidei. Челюсть переносится при нем сбоку. Модификация Орлова состоит в перенесении начального разреза к средине нижней губы, благодаря чему падает нижняя ветвь п. *facialis*.

Так или иначе интересуют больше всего способы удаления рака языка через дно полости рта, то я и позволю себе остановиться преимущественно на них, а все остальные, кратко упомянутые выше, оставлю в стороне.

Из вышеприведенных способов некоторое отношение к моему теме имеют только способы Вернейля, Кохера, а затем, и главным образом, способ Regnoli-Szegny-Billroth'a. Некоторое отношение к данному вопросу имеют также — способ Morgestl'a, рекомендованный последним для удаления опухолей дна полости рта, dedoublement Faure'a и крестообразный разрез Küttner'a на шее для удаления раково-пораженных шейных лимфатических желез. Все эти способы я коснусь лишь кратко в дальнейшем.

Прежде, чем перейти к способам, дающим широкий доступ к языку со стороны дна полости рта, я считаю нелишним упомянуть, что с современной хирургической точки зрения рак языка, благодаря густой сети анастомозов лимфатических путей, рано становится обширным заболеванием и метастазирует в целый ряд лимфатических желез различных анатомических областей. В зависимости от этого оперативное лечение его складывается из целого ряда отдельных моментов. Прежде всего удаляются все, пораженные раком, лимфатические железы на шее через шейные специальные разрезы, пероральные, — лицевые артерии и вены, далее, как предварительный акт, обеспечивающий бескровное удаление опухоли языка, перевязка а. *carotis externa* или *lingualis*, производится подготовительная операция с целью широкого доступа в рот и, наконец, удаление опухоли языка и смежных частей.

Переходя затем к способам, данным до туз в языку со стороны дна полости рта, замечу, что этот путь к языку впервые был указан Cloquet. В 1827 году последний произвел у больного с раком языка отсеченный разрез от срединной нижней края челюсти до срухили подязычной кости, прошил между м. *mylo-hyoideus* и м. *genio-hyoideus* в рот и через рану ввел и наложил на большой язык образец с целью отсечения опухоли. В 1838 году Regnoli и Billroth и Siamatti, Czerny и Billroth предложили сходные способы вскрытия дна полости рта путем образования кожно-мышечного лоскута из мягких частей дна ротовой полости. В виду значительного сходства этих способов между собою, а равно и потому, что способы Regnoli-Billroth'а излагаются в учебниках, напр., Eschsch-Kowalzig'а, Tiellmann'а и др., и подробно их приводить не буду. Укажу только, что общим для всех этих способов является то, что авторы изыскивают из мягких частей дна полости рта, через дугообразный или дугообразно-теобразный разрез, лоскут из кожи, мышц и слизистой оболочки дна полости рта, причем прикрепления мышц к *spina mentalis* обязательно перерезываются (иногда или пожвизами — до Billroth'у). На последнее обстоятельство я особенно обращаю внимание читателей. Язык выводится через рану в *regio mylohyoidea*. Способы эти не получили большого распространения, и понятно, почему: дело в том, что отсечение таких важных мышц, как *genio-glossus*, лишает язык опоры, обуславливает его западение и ведет в послеоперационном периоде к так наз. Schlackpneumonie (Küttner). Таким образом, вышеуказанные способы, по моему мнению, имеют лишь историческое значение.

Способ Morgestl'а, имеющий специальное значение в показаниях, состоит в срединном сечении нижней губы и разведении альвеолярной отростка в среднем его отделе с оставлением заднего края *mandibulae* в полости. Идея, положенная в основу этого способа, по моему мнению, принадлежит Faure'у, который предложил производить у больных с переходом ротовой опухоли на кость частичное рассечение задней ее поверхности с сохранением передней кортикальной пластинки (decoablement). Способ этот одна-ли может предохранить больного от рецидива.

Интересуясь вопросом об оперативном лечении рака языка у больных еще во время службы в Госпитальной Хирургической клинике, я выработал оригинальный способ широкого доступа в полость рта путем применения временной остеопластической резекции

нижней челюсти со стороны как два полостя рта, так и среднего отдела *mandibulae*, ее нижней части подбородочного отдела.

При разработке этого способа меня интересовал ряд вопросов принципиального характера, имеющих не только анатомо-хирургическое значение, но и, прежде всего, клиническое, а именно:

① Возможно-ли путем временной частичной остеопластической резекции нижней челюсти образовать кожно-костно-мышечный, со слизистой оболочкой, лоскут из дна полости рта и подбородочной части *mandibulae*, который обеспечивал-бы широкий доступ в полость рта и глотки, а стало быть, и к языку, — и в то же время сохранять в полости прикрепление мышц к *spina mentalis*?

② Возможно-ли создать частичную резекцию нижней челюсти, ограничиваясь минимальным иссечением кости, без полных поперечных разрывов в *regio mentalis*, сохраняя непрерывность челюстной дуги, а также оставая в полости нижне-челюстной канал с его сосудисто-нервным пучком до конечных ветвей л. п. *mentalis* включительно?

③ Возможно-ли при проведении основного резекционного разреза сохранить *ad maximum* нижние ветви лучного нерва?

④ Удобно-ли из основного резекционного разреза создать продолжающие разрезы в передне-боковых отделах шеи как с целью широкого удаления лимфатических желез из областей г. *suprahyoidei*, г. *parotidei*, г. *retromandibularis*, г. а. *carotis* и г. *trigonicollis lateralis inf.*, так и для лигирования важнейших сосудов (а. *carotis externa*, а. *lingualis*, а. *maxillaris externa*)?

В виду того, что на все вышеозначенные вопросы я получил вполне удовлетворительные ответы, и опишу прежде всего основной резекционный разрез, так как дополнительные разрезы для удаления шейных лимфатических желез могут быть присоединены к первому и никакой новизны не представляют.



Рис. I

Кожный разрез я начинаю с правой стороны, несколько ниже рожка под-язычной кости, от внутреннего края т. *sterno-cleido-mastoidei*, и веду его к нижнему краю *mandibulae* (к линии переднего края т. *masseteris*, смотри рис. I). От этого пункта разрез идет по нижнему краю челюсти до угла подбородочной области (если угол этот не выражен, то разрез доходит до

точки, лежащей на поперечный палец от середины подбородка)

Далее разрез уклоняется кверху к точке, лежащей над *protuberantia mentalis*. Отсюда он симметрично с первой своей половиной опускается вниз и далее идет так же, как только что описано справа, а охватывается на симметричном месте слева. На ~~этом~~ разрез делается поглубже, по краю челюсти, до надкостницы, а по передней поверхности *regio mentalis* — постепенно до кости. Край разреза подбородочной области раздвигается крючками, а в линии кожного разреза надкостница рассекается аккуратно и отодвигается ввару так, чтобы можно было поместить п. п. *mentales* той и другой стороны, выходящие из *foramina mentalia*.

Далее я прохожу сбоку и снизу челюсти, отделяя из *subhyoidens* с обеих сторон, и вскрываю слизистую оболочку дна полости рта под контролем введенного в рот пальца. Последним пальцем *spina mentalis* с прикрепляющимися к ней мышцами и кривым ножом рассекаю слизистую дугообразно выше прикрепления мышц так, чтобы концы этой раны по задней поверхности подбородочной части челюсти соединились с боковыми связанными шейными ранами дна полости рта. После отслойки слизистой оболочки кверху, я перфорирую сейчас над *protuberantia mentalis*, дряклем или бором, спереди назад кость с таким расчетом, чтобы внутренний конец вышел над *spina mentalis*. Затем ввожу палец *Figli* в это отверстие и внутренний конец ее, несколько нагибая, прохожу сначала в правую сквозную шейную рану и перекидываю кость по косой линии кожного подбородочного разреза. После этого цила вставляется вновь, но проводится в левую шейную рану, и кость перекидывается симметрично. Таким образом из подбородочной области вынимается треугольный кусок кости с нижним основанием, на задней поверхности которого остается *spina mentalis* с прикрепляющимися к последней мышцами.



Рис. 11.

образованной при этом лоскут откидывается вниз (см. рис. 11), причем мягкие части легко могут быть отделены до семи дужек, в явном виде.

Доступ откры-

вытекает не только во всем отделе шеи, но и глотке (особенно в дужкам, миндалинам и мягкому небу — до надгортанника). Удаление языка через такую рану не может представлять затруднений. Перевязка сосудов при этом может быть сделана вначале, в шейных ранах, или язычные артерии можно отыскать после образования яоскуты, или со стороны слезистой дна полости рта. Что касается шейных разрезов, для удаления лимфатических желез, то разрезы по внутренним краям ш. sternocleidomastoidei, углообразно заходящие в нижние шейные треугольники, конечно, легко могут быть соединены с основным резекционным разрезом и вполне заменяют крестообразный разрез Китинета. Укрепление треугольного участка кости достигается проволоочным швом с одной стороны, для чего перед распилом ее высверливаются два отверстия. Это укрепление может быть достигнуто и полными швами совместно с працевидной повязкой челюсти.

Важнейшие источники. Woelfler Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir., 1881, Bd. 26. — Billroth. Arch. f. klin. Chir., Bd. 16, 1874. — Pier-Braun-Kümme. Operationslehre 1920.